



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Camilla Roberta De Souza

A não-amamentação pela mãe portadora do HIV positivo e o impacto no recém-nascido: uma revisão bibliográfica

BRASÍLIA

2014

CAMILLA ROBERTA DE SOUZA

**A NÃO-AMAMENTAÇÃO PELA MÃE PORTADORA DO HIV POSITIVO E O
IMPACTO NO RECÉM-NASCIDO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de conclusão de curso,
apresentado no formato de artigo
científico ao UniCEUB como requisito
parcial para a conclusão do Curso de
Bacharelado em Enfermagem.
Orientadora: Professora Valéria Aguiar

BRASÍLIA

2014

Com muito carinho, dedico a pessoa mais importante da minha vida, minha amada filha Carolina que me motivou e incentivou a superar todas as adversidades, me fazendo persistir durante minha formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por iluminar e me dar forças nesta jornada onde muitos obstáculos foram superados graças à fé que tenho nele.

A minha amada mãe e irmã Hélia pela imensa colaboração para comigo, a minha sogra Vicência e meu sogro Justiniano pela colaboração e incentivo ao longo destes anos. Ao meu amado marido Daniel que me estimulou, me deu força e carinho.

À professora Valéria Aguiar e ao professor Eduardo Cyrino pela paciência na orientação, disponibilidade e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha jornada acadêmica.

Aos amigos e colegas, pelo carinho e apoio constantes.

Muito Obrigada!

Que eu não perca a vontade de doar esse enorme amor que existe em meu coração, mesmo sabendo que muitas vezes ele será submetido a provas e até rejeitado.

Francisco Candido Xavier

A não-amamentação pela mãe portadora do HIV positivo e o impacto no recém-nascido: uma revisão bibliográfica

Camilla Roberta de Souza¹ Valéria Aguiar²

RESUMO

O presente trabalho apresenta uma revisão bibliográfica sobre o impacto físico e emocional no recém-nascido que não é amamentado. Assim, a revisão da literatura buscou em bancos de dados eletrônicos como a Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde), Lilacs (Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Eletronic Library Online) com palavras-chave amamentação, mãe HIV positivo e recém-nascido entre os anos 2000 e 2014. A amamentação natural da mãe infectada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ao filho é fator de risco para a transmissão do vírus, assim recomenda-se a exclusão a amamentação natural. O fato de não amamentar ao seio pode dificultar a comunicação do binômio mãe-filho, comprometendo o contato e a comunicação, devido ao medo de transmissão da doença. Compete ao enfermeiro, no acompanhamento desse binômio, identificar qualquer dificuldade apresentada pela mãe para interagir com seu filho verticalmente exposto, de forma que as medidas estabelecidas para redução do risco de transmissão vertical sejam seguidas, e, no entanto, contribuir para comunicação do elo afetivo da mãe com seu bebê.

Palavras-chave: amamentação, mãe HIV positivo, recém-nascido.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

² Enfermeira, professora de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

The non-breastfeeding by HIV positive carrier mother and the impact on the newborn: a literature review

ABSTRACT

This paper presents a literature review on the physical and emotional impact on newborn who is not breastfed. Thus, the literature searched in electronic databases such as the Term (Virtual Health Library), Lilacs (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences) and Scielo (Scientific Electronic Library Online with keywords breastfeeding), HIV positive mother and newly born between the years 2000 and 2014. Breast feeding from infected mother by Human Immunodeficiency Virus (HIV) the child is a risk factor for transmission of the virus, so it is recommended deleting breastfeeding. The fact of not breastfeeding at the breast can hinder communication both mother and child, committing contact and communication, due to fear of disease transmission. Nurses are responsible in monitoring this mother-son, identify any difficulties presented by the mother to interact with your child exposed vertically, so that the measures established to reduce the risk of MTCT are followed, and, however, contribute to communication emotional bond between the mother and her baby.

Keywords: breastfeeding, HIV positive mother, newborn.

A NÃO-AMAMENTAÇÃO PELA MÃE PORTADORA DO HIV POSITIVO E O IMPACTO NO RECÉM-NASCIDO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. INTRODUÇÃO

A amamentação é um processo natural e são imensuráveis seus benefícios, tanto para o bebê quanto para a mãe. O leite materno é o alimento melhor e mais completo para o bebê, uma vez que contém todos os nutrientes que a criança necessita nos primeiros 6 meses de vida e complementar até dois anos, além de proteger as crianças contra quadros infecciosos (otite, diarreia, pneumonia e outros) e alergias, aumentando o vínculo mãe-filho, além de considerado o método mais econômico que o aleitamento artificial (ABDALLAH et al., 2008).

O leite humano contém anticorpos e outros fatores de proteção, no entanto em algumas doenças maternas ele pode funcionar como possível fonte de infecção para a criança. Todavia, doenças envolvendo tanto a mãe quanto o recém-nascido (RN) podem constituir obstáculos para a amamentação (LAMOUNIER; MOULIN; XAVIER, 2004).

A contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um grave problema no âmbito da saúde pública, de caráter pandêmico, com evolução letal e no qual não existe ainda, tratamento curativo ou vacina. É uma doença rodeada de mitos e preconceitos, que afetam o aspecto psicológico, as relações familiares, afetivas, sociais e profissionais do portador (VAZ; BARROS, 2000).

Com o progresso do surto da AIDS entre as mulheres, houve um crescimento no número de casos em crianças, sendo a maioria devida à transmissão vertical, na qual o HIV pode ser transmitido da mãe para o filho durante a gestação, durante o parto e pela amamentação. A maior parte dos casos de transmissão vertical ocorre na hora do parto com uma taxa de 65%, com a minoria dos casos representativos por transmissão placentária ou ainda um risco médio de 15% por aleitamento materno. Diante disso, está contra indicada a lactação por parte de mulheres HIV positivo (MOREIRA; REA; FILIPE, 2006).

No final da década de 80, a frequência de casos de AIDS entre mulheres ascendeu consideravelmente quando a transmissão heterossexual passou a ser a

principal via de transmissão. O número de casos em indivíduos com AIDS passou de 28 homens para 1 mulher em 1985 e 2 homens para 1 mulher em 2000 (BRASIL, 2003).

Diante da impossibilidade das mulheres com HIV positivo em amamentar, as intervenções profissionais devem ser iniciadas no pré-natal e direcionadas à promoção do aleitamento artificial, fatores emocionais que a mãe possa expor em não amamentar seu filho, alternativas para a substituição do leite materno, como modo de preparo dos alimentos e dos complementos alimentares, propiciando subsídios emocionais e precaver os problemas com as mamas no puerpério decorrentes da ausência e cuidados adequados como uso de enfaixamento ou de inibidores de lactação (VASCONCELOS et al., 2012).

Com a vasta implementação de intervenções visando a redução da transmissão vertical do HIV, se inicia principalmente a administração de antirretrovirais, a cesariana eletiva e a substituição do leite materno, com isso resultou numa redução significativa da incidência de casos de AIDS em crianças. Além disso, o diagnóstico e tratamento gratuito e universal para o HIV/AIDS, a amamentação por leite artificial durante os seis primeiros meses de vida de crianças expostas adotadas como medidas de precaução da infecção da mãe para o bebê (ABDALLAH et al., 2008).

Desde o início da gestação até o nascimento, os bebês nascidos de mães soropositivas passam por diversas intervenções a fim de serem protegidos da contaminação vertical. Mesmo assim eles possuem uma intensa expressividade e impulso em estabelecer contato com a mãe nas primeiras horas de vida e essas manifestações foram mais evidentes nos RNs expostos ao HIV (VASCONCELOS et al., 2012).

Como a criança exposta ao HIV é impossibilitada de receber aleitamento materno, esta parece compensar a falta de contato íntimo com a mãe com outras formas de comunicação, possibilitando a mãe a identificar e responder mais rapidamente aos sinais comunicativos como o olhar, o choro e o gemido, para o aprimoramento e estabelecimento precoce de uma relação saudável (VASCONCELOS et al., 2012).

Este estudo tem por objetivo realizar uma revisão da literatura descrevendo o impacto imunológico e emocional da criança no não aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementar até dois anos.

2 METODOLOGIA

Para apresentar, a não amamentação da mulher HIV positivo e o impacto no recém-nascido o presente estudo foi realizado por meio de revisão de literatura, que tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica que se realizaram sobre um determinado assunto.

Trata-se então de uma revisão bibliográfica narrativa que tem como objetivo conhecer o impacto nos recém-nascidos de mães HIV positivos que não foram amamentados.

Para encontrar os documentos a serem utilizados nesse levantamento foram empregadas as palavras-chave: amamentação, mãe HIV positivo, recém-nascido. Dentre os encontrados, foram selecionados 21 artigos, sendo que os critérios de inclusão foram os artigos que estavam em português e no período de 2000 a 2014 e os que não atendiam a esses critérios, foram excluídos. Foram também utilizados manuais técnicos do Ministério da Saúde e da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia que abordam o tema.

Esses artigos foram encontrados na base de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 ADVENTO DA AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) foi reconhecida em 1981, nos EUA (Estados Unidos da América), onde tornou-se um marco na história da humanidade. A partir da identificação do comprometimento do sistema imunológico de pessoas em idade adulta com práticas, unicamente, homossexuais (masculinos) o que induziu à conclusão de que se tratava de uma nova moléstia. É uma infecção, pelo vírus chamado HIV, do sistema imunológico com destruição dos linfócitos T CD4+ e associada a três vias principais de transmissão que são a sexual, a sanguínea e a vertical (SANTOS; SOUZA, 2014).

A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da AIDS representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, do comportamento humano individual e coletivo. A AIDS destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande dimensão e extensão dos danos causados às populações e, desde a sua origem, cada uma de suas particularidades e repercussões tem sido discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral (DE BRITO; DE CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000).

Desde o início da epidemia, em 1981, até junho de 2000 foram notificados à Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde, 190.949 casos de AIDS. Desses casos, 6.750 são crianças, 139.502 adultos masculinos e 44.697 adultos femininos. Com registro de ocorrência de casos em quase todo o território nacional, a distribuição da AIDS, no entanto, não mostrasse homogênea quanto às regiões de residência, sexo, idade, grau de escolaridade nem no que se refere às categorias de transmissão. Observando-se maior concentração de casos nas regiões Sudeste e Sul, as taxas de incidência nos últimos anos evoluíram, em todo o País, de 8 por 100 mil habitantes, em 1991, para 13,7 por 100 mil habitantes, em 1998 e apresenta grande variação entre os diferentes estados da Federação (DE BRITO; DE CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000).

3.2 FEMINIZAÇÃO DA AIDS

No início da epidemia, os homens que fazem sexo com outros homens (homossexuais e bissexuais) foi o grupo mais atingido, resultando em 71% dos casos notificados em 1984. Com esta vasta disseminação, houve certa estabilização em relação a anos posteriores, com uma redução de 16% entre os anos de 1999/2000, dos casos notificados, em todas as regiões do país, onde verificou-se relevante mobilização social e mudança de comportamento relacionado a práticas sexuais mais seguras. No Brasil, a via de transmissão heterossexual é a mais importante diante da epidemia, abrangendo todas as regiões e contribuindo de modo decisivo para o aumento de casos em mulheres (DE BRITO; DE CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000).

Devido à grande desigualdade social, a propagação da infecção pelo HIV no País revela um surto de múltiplas dimensões, que vem sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico. O aumento da transmissão por contato heterossexual resulta em crescimento substancial de casos em mulheres, o que vem

sendo apontado como o mais importante fenômeno para o atual momento da epidemia (BRASIL, 2003).

A feminização da AIDS é um reflexo do comportamento sócio sexual da população, associado a aspectos de vulnerabilidade biológica e de gênero. Entre os indivíduos com mais de 8 anos de escolaridade, observa-se que diminuem os casos no sexo masculino, sendo que o mesmo não acontece no sexo feminino. A mulher considera-se menos exposta ao risco, talvez pela sua entrada mais tardia na epidemia, não se enquadrando inicialmente nos grupos de risco. As faixas etárias que concentram os maiores percentuais de casos de aids em mulheres são as de 25 a 34 anos, sendo acometidas em plena idade reprodutiva (BRASIL, 2003).

A transmissão heterossexual é a principal via de transmissão do HIV, desde o início dos anos 90, com significativa participação das mulheres na epidemia e um importante percentual de casos por transmissão materno-infantil. No último levantamento divulgado pelo Ministério da Saúde em 2005, mostra que, entre os homens, a relação heterossexual é a principal forma de transmissão do HIV, enquanto vêm diminuindo os registros de casos por drogas injetáveis e relações homossexuais (SANTOS; SOUZA, 2014).

Com o crescimento de casos de AIDS entre mulheres, originou o acréscimo da transmissão vertical da infecção pelo HIV, com ascensão do número de casos de AIDS em crianças, em todo o mundo. No Brasil, cerca de 80% dos casos de AIDS pediátrica, ou seja, em crianças com até 13 anos de idade, advêm de transmissão vertical. O número de crianças expostas vem aumentando desde o surgimento dessa doença, sendo observado o crescimento do número de casos entre mulheres em idade fértil com infecção pelo HIV/AIDS. Esta ocorrência persiste até os dias atuais, com a constatação de que a epidemia cresce nove vezes mais entre as mulheres (VERÍSSIMO et al., 2012).

3.3 INFLUÊNCIA DA AIDS NA GESTAÇÃO

O preconceito e o estigma ainda são características presentes no cotidiano dos indivíduos soropositivos, apesar de diversas mudanças já terem ocorrido, ainda é comum a associação da infecção a grupos socialmente marginalizados, como homossexuais e profissionais do sexo. Como consequência dessa situação, os portadores do HIV raramente são pensados como pais, mães e cônjuges (SANTOS; BISPO JÚNIOR, 2011).

A função da maternidade que é tão almejada pelas mulheres, torna-se ameaçada com a soro positividade. Esta percebe que diante da descoberta da doença, não é só uma condição patológica que intervirá em seu ritmo e estilo de vida, mas, sobretudo, uma nova condição capaz de impedir a consolidação de seu papel de mãe (SANTOS; BISPO JÚNIOR, 2011).

O desejo e a ansiedade de se ter filhos saudáveis estão presentes na vida de qualquer gestante, porém na portadora do HIV estes se tornam mais intensos, devido a transmissão do vírus ser uma probabilidade real e intensa em seu dia-a-dia. É importante que o profissional de saúde oriente essas mulheres abordando a importância do tratamento correto e apropriado, expondo-lhe que existem diversas possibilidades a fim de prevenir a transmissão vertical, desde que todas as medidas profiláticas sejam realizadas corretamente (ARAÚJO et al., 2008).

Com o aparecimento da terapia antirretroviral, o pretensão pela maternidade surge como uma possibilidade real para essas mulheres, visto que, se forem seguidas corretamente as recomendações do tratamento, a probabilidade do recém-nascido adquirir o vírus é consideravelmente baixa. Conforme preconizado, as gestantes infectadas pelo HIV deverão receber a terapia antirretroviral objetivando a profilaxia da transmissão materno-infantil. O Zidovudina deve ser utilizado por via oral a partir de 14 semanas de gestação, sendo imprescindível coletar o sangue da gestante para contagem de linfócitos CD4 e a média da carga viral, para avaliar a necessidade de modificar o esquema terapêutico e de utilizar quimioprofilaxia para infecção oportunista. (VERÍSSIMO et al., 2012).

A indicação de parto cesáreo e a suspensão do aleitamento materno contribuem gradativamente para a redução da transmissão do HIV em 2%. Sendo necessário a avaliação dos níveis de carga viral materna, medida a partir da 34ª semana onde definirá a via de parto mais adequada como medida profilática da transmissão vertical (BRASIL, 2005).

Entre os exames essenciais no pré-natal inclui-se a obrigatoriedade da oferta do teste anti-HIV a todas às gestantes, com aconselhamento antes e após o teste. Para a parturiente não testada durante o pré-natal, há a possibilidade de testagem no parto, com o teste rápido anti-HIV, que é de simples execução e com resultado em 15 minutos, utilizando uma gota de sangue da polpa digital, porém este teste não substitui os testes

diagnósticos preconizados, pois o teste rápido anti-HIV é apenas um exame de triagem para situações em que há necessidade de pronta tomada de decisão como o início ou não de ações profiláticas da transmissão vertical no momento do parto. Nas parturientes com resultado reagente, é necessário uma segunda amostra de sangue para a confirmação do diagnóstico no pós-parto imediato, conforme preconizado pela Portaria Ministerial nº 59/GM/MS, de 28/1/03 (BRASIL, 2006).

3.4 PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Com o avanço da ciência, o bebê nascido da mãe soropositiva, tem a chance de não se contaminar pelo HIV, pois existem medidas eficazes para evitar o risco de transmissão vertical. Nos últimos anos a incidência de casos de AIDS em crianças vem decrescendo progressivamente no Brasil, após as medidas profiláticas implementadas pelo Ministério da Saúde, que são de grande importância na diminuição da transmissão mãe-filho do HIV, com redução de aproximadamente 40% (SANTOS; BISPO JÚNIOR, 2011).

Com o intuito de reduzir os riscos de transmissão vertical, todas as gestantes independentemente do tipo de parto, realizam a profilaxia antirretroviral intraparto, onde recebem AZT intravenoso desde o início do trabalho de parto ou pelo menos 3 horas antes da cesárea eletiva e é mantido até o clampeamento do cordão umbilical (BRASIL, 2013).

Visando obter melhores resultados com a saúde da gestante e a redução da transmissão materno-infantil, alguns fatores devem ser instituídos no atendimento pré-natal de uma gestante soropositiva. Este deve ser composto por uma equipe multiprofissional seguida por obstetra, infectologista, enfermeira, psicóloga e assistente social, com o serviço de pré-natal integrado à maternidade que realizará o parto (FEBRASGO, 2011).

A abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico-obstétrico de gestantes infectadas pelo HIV, conforme quadro 2, tem como objetivo avaliar a condição geral de saúde da mulher, identificar a presença de comorbidades e outros fatores que possam interferir na evolução da gravidez ou da infecção pelo HIV, além de avaliar a situação imunológica e virológica inicial, definindo o tratamento antirretroviral definido pela indicação clínica com consentimento da gestante (FEBRASGO, 2011).

Quadro 2 - Exames laboratoriais conforme rotina de pré-natal da gestante portadora de HIV (Fonte: Brasil, 2013).

EXAME	INICIAL	PERIODICIDADE	COMENTÁRIOS
Hemograma	Sim	Repetir ao redor de 30 semanas.	
Tipagem sanguínea	Sim		
Coombs indireto	Sim	Se o resultado for negativo repetir em torno da 30ª semana e após mensalmente.	Solicitar em caso de paciente Rh negativo e pai Rh positivo ou desconhecido.
Citopatológico de colo do útero (CP).	Sim	Repetir e encaminhar para colposcopia (e, se necessário, biópsia) em caso de resultado alterado (ASCUS ou NIC).	
Urina tipo 1 ou exame sumário de urina	Sim	Ao redor de 30 semanas.	
Urocultura	Sim	30 semanas.	
Glicemia de jejum	Sim	Após 20 semanas.	
Provas de função hepática	Sim	Na primeira consulta, com repetição mensal ou a cada dois meses.	Em caso de uso de nevirapina, fazer controle quinzenal nas primeiras 18 semanas. Depois, o controle deve ser mensal.
Teste de tolerância à glicose 75g.	Sim	Realizar após 20 semanas se glicemia de jejum \geq 85mg/dl.	
VDRL	Sim	30 semanas e na admissão para o parto.	
Sorologia para rubéola	Não		
HBsAg.	Sim	Na primeira consulta.	Imunizar em caso de resultado negativo.
AntiHCV	Sim	Na primeira consulta.	

AntiHAV	Sim	Na primeira consulta.	Imunizar em caso de resultado negativo em gestantes coinfectadas com HCV.
Sorologia para Citomegalovírus.	Sim	Trimestral.	Repetição indicada caso o exame inicial seja negativo.
Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)	Sim	Trimestral.	Repetição indicada caso o exame inicial seja negativo.
Sorologia para Chagas	Sim	Na primeira consulta.	Indicado em áreas endêmicas.
Contagem de linfócitos T-CD4+.	Sim	Na primeira consulta, devendo ser repetido pelo menos entre 4-6 semanas após início de TARV e a partir da 34ª semana.	
Carga Viral (CV)	Sim	Na primeira consulta, devendo ser repetido após 4-6 semanas de início da TARV e a partir da 34ª semana.	Caso a CV seja detectável, repetir o exame e reforçar a adesão. A repetição da CV a partir da 34ª semana auxilia na definição da via de parto.
PPD (Reação de Mantoux).	Sim		Resultado reator forte (> 5 mm): realizar a investigação de tuberculose ativa. Caso a reação for negativa, indicar a profilaxia com isoniazida associada à piridoxina.
Swab vaginal e anal para pesquisa de estreptococo do grupo B	Sim	Indicar a partir da 34ª semana.	Se a cultura for positiva, tratar com penicilina G cristalina endovenosa durante o trabalho de parto.
Exame especular com realização de teste de Ph e teste das aminas (teste do cheiro ou de Whiff)	Sim	3º trimestre e sempre que houver sintomas e sinais de vaginite.	O rastreamento da vaginose bacteriana pode ser considerado para as gestantes com história

			prévia de parto pré-termo.
--	--	--	----------------------------

É de grande relevância investir no processo educativo da gestante infectada, transmitindo-lhe orientação sobre seu prognóstico e do recém-nascido, com enfoque no não aleitamento natural, o estímulo a práticas sexuais seguras durante o pré-natal, mesmo em casais soro-concordantes para evitar a troca de cepas virais distintas e o fornecimento de instruções para redução da transmissão vertical no parto, incluindo kit e instruções para uso dos antirretrovirais indicados no período periparto (FEBRASGO, 2011).

3.5 CUIDADOS IMEDIATOS COM O RECÉM-NASCIDO DA GESTANTE PORTADORA DE HIV POSITIVO

No Brasil, cerca de três milhões de crianças nascem por ano, em média 12 mil crianças seriam expostas anualmente à infecção materna pelo HIV e com risco de aquisição de infecção (BRASIL, 2013).

Logo ao nascer, as vias aéreas do recém-nascido (RN) devem ser aspiradas cautelosamente, evitando traumas nas mucosas. Lava-se o RN imediatamente após o parto, com água morna e sabão, evitando o contato prolongado com o sangue e secreções maternas. Caso haja deglutição de sangue ou mecônio, promover cuidadosamente a lavagem gástrica, a fim de prevenir traumas de mucosas, tanto durante a passagem da sonda gástrica durante a aspiração (BRASIL, 2007).

A transmissão ocorre mediante a exposição de mucosas do RN às partículas virais presentes no sangue e em secreções maternas. Diante disso, medidas preventivas devem ser adotadas, visando evitar o prolongamento dessa exposição ou lesões de mucosas que rompam barreiras protetoras à penetração viral (BRASIL, 2013).

Adotando medidas para proteger o RN de maior exposição ao sangue e aos líquidos orgânicos maternos, a pele deve ser limpa com álcool, antes dos procedimentos invasivos, como a administração de vitamina K ou a punção no calcanhar. Todos os dias o coto umbilical deve ser limpo cuidadosamente até sua cicatrização completa. De

modo geral, o recém-nascido pode ser cuidado no berçário normal, dispensando o uso de luvas para atividades como vestir ou alimentar o bebê (VERÍSSIMO et al., 2012).

Mesmo que a mãe não tenha recebido antirretrovirais, deve ser iniciada a quimioprofilaxia do recém-nascido de puérpera portadora de HIV com a Zidovudina (AZT) imediatamente após o nascimento ainda na sala de parto ou nas duas primeiras horas de vida, podendo ser iniciada dentro das primeiras oito horas de vida, caso a parturiente tenha recebido este medicamento durante o trabalho de parto. Não há comprovação de benefícios do início da quimioprofilaxia com a zidovudina após 48 horas do nascimento (BRASIL, 2007).

Conforme recomendação do Ministério da Saúde, a dose preconizada é de 2mg/kg de zidovudina VO, de seis em seis horas durante seis semanas. Caso a criança não tenha condições de receber o medicamento por via oral, utiliza-se o AZT injetável, na dose de 1,5mg/kg IV de 6 em 6 horas. Em crianças prematuras com menos de 34 semanas de gestação utiliza-se a seguinte dose do AZT: 1,5 mg/kg VO ou IV de 12 em 12 horas nas primeiras duas semanas e 2mg/kg de 8 em 8 horas, por mais quatro semanas, se a criança nasceu com mais de 30 semanas de gestação (BRASIL, 2007).

Na 6ª semana vida suspender o uso do AZT e solicitar hemograma, provas de função hepática (AST, ALT, GGT, FA), sorologias para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, sífilis, HBV e HCV. Introduzir a quimioprofilaxia para pneumonia com (sulfametoxazol 25-40mg/kg/dia e trimetropim 5-10mg/kg/dia), até os 12 meses de idade ou até o estabelecimento do diagnóstico. É importante solicitar um hemograma de controle ao nascimento, devido à possibilidade de anemia pelo uso da zidovudina (BRASIL, 2013).

A criança exposta ao HIV é considerada de risco, diante disso a Unidade Básica de Saúde deve adotar medidas como marcar a consulta no serviço de referência, realizar puericultura e monitorar o comparecimento da criança às consultas agendadas no serviço de assistência especializada e assegurar-se do recebimento da fórmula infantil. Segundo instrução do Ministério da Saúde as crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV, necessitam de acompanhamento periódico em unidades especializadas com pediatras capacitados para o atendimento dessas crianças até a definição do diagnóstico. Nesse caso, a primeira consulta deve ocorrer duas semanas após o parto e deverá ser preferencialmente agendada pela maternidade antes da alta do binômio. Desse modo,

serão garantidas a chance de realização desse seguimento de saúde e o recebimento da fórmula infantil. Quanto à periodicidade das consultas, deve ser mensal nos primeiros seis meses e no mínimo trimestral a partir do segundo semestre de vida (BARROSO et al., 2012).

É imprescindível acompanhar o aparecimento de sinais e sintomas que possam ser atribuídos à infecção pelo HIV/AIDS, principalmente as alterações de crescimento e desenvolvimento da criança. A primeira consulta no serviço de referência de HIV/AIDS, deve ocorrer duas semanas após o parto, mensalmente, paralelamente ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2007).

A família deve ser orientada sobre a vacinação, pois as crianças com HIV, sintomática ou assintomática, devem receber todas as vacinas de rotina, exceto o pólio oral. As pessoas em contato com a família também não devem receber a vacina de pólio oral, pois o vírus pode ser transmitido para a criança imunodeprimida, mas a vacina inativada da poliomielite pode ser administrada, conforme quadro 1 (VERÍSSIMO et al., 2012).

Quadro 1 - Calendário Vacinal da criança exposta à infecção materna pelo HIV (Fonte: Brasil, 2013).

Idade	Vacina
RN	Hepatite B, BCG
1	Hepatite B
2	DTP ou DPTa, Hib, VIP ou VOP, PNc, Rtv, MenC conj
4	DTP ou DPTa, Hib, VIP ou VOP, PNc, Rtv, MenC conj
6	Hepatite B, DTP ou DPTa, Hib, VIP ou VOP, PNc, MenC conj, Influenza
7	Influenza
12	Hepatite B, PNc, SRC, VZ, Hepatite A
15	DTP ou DTPa, Hib, VIP ou VOP, VZ
18	Hepatite A
HepB = hepatite B; Hib = Haemophilus influenzae tipo b; DTP = difteria, tétano e coqueluche; DTPa = difteria, tétano e coqueluche acelular; VIP = vacina injetável contra pólio; VOP = vacina oral contra pólio; PNc = vacina contra pneumococo conjugada; Rtv: vacina oral contra rotavírus; MenC conj. = vacina contra meningococo tipo C conjugada; Infl = vacina contra influenza; HepA = hepatite A; SRC = vacina contra sarampo, caxumba e rubéola; VZ = vacina contra varicella zoster	

Após o nascimento estas crianças devem alimentar-se, exclusivamente, com fórmula infantil que é um leite em pó específico para o organismo do bebê e pode ser obtida gratuitamente por meio de políticas públicas. Tal prática visa diminuir a transmissão do vírus, portanto, se não há orientação correta para o preparo da fórmula infantil, pode haver um aumento da morbimortalidade infantil por doenças infecciosas. O impacto da AIDS na população pediátrica, não é apenas a criança infectada, como também os problemas socioeconômicos, físicos e psicológicos, oriundos da doença dos pais, afetando diretamente o bem-estar da criança independente da sua situação sorológica (CUNHA; GALVÃO, 2012).

Apenas em 2002, por meio da Portaria nº 2.313 do Ministério da Saúde, foi incentivado o uso da fórmula infantil para crianças nascidas de mães portadoras do HIV. O Projeto Nacer, foi criado em 2002 pelo Ministério da Saúde, onde disponibiliza gratuitamente a fórmula infantil para as crianças nascidas de mães soropositivas até o sexto mês de idade, visando a promoção adequada de seu desenvolvimento (BRASIL, 2003).

Inicialmente a fórmula infantil é disponibilizada pela maternidade onde a criança nasceu, de duas a quatro latas no momento da alta hospitalar. Depois, garante-se a distribuição de até 60 latas por criança até o sexto mês de vida, a ser feita pelo serviço especializado, onde a criança será encaminhada para acompanhamento até ser definido o seu diagnóstico. Para crianças menores de doze meses que não podem ser amamentadas, a mãe deverá receber o Guia Prático de Preparo de Alimentos (CUNHA; GALVÃO, 2012).

Após a alta da maternidade a mãe adotará inúmeras responsabilidades com o filho, incluindo a continuidade de todas as medidas preventivas, especialmente a substituição do aleitamento materno. O cuidado representa uma conduta de forma significativa quando o cuidador é a mãe soropositiva, que cuidará de sua criança, quer soropositiva, quer soronegativa. Assim, essas mães convivem com o sentimento de culpa e o medo de gerar uma criança soropositiva, desejando que seu filho possa brincar e crescer saudável. É importante que essas mães sejam estimuladas a seguirem as orientações dos profissionais de saúde com o objetivo de diminuir a possibilidade de infecção na criança. Em virtude dessas crianças demandarem cuidados após o nascimento, a mãe infectada deve aprender a cuidar dos seus filhos e dar continuidade às recomendações no intuito de contribuir para a redução da transmissão vertical. Dessa

forma, é essencial a mãe ou o cuidador compreender a necessidade do cumprimento dessas orientações, além dos riscos decorrentes da não adesão ao seguimento em saúde (BARROSO et al., 2012).

3.6 A IMPOSSIBILIDADE DA AMAMENTAÇÃO DIANTE A EXPOSIÇÃO AO VÍRUS HIV

As evidências científicas de que a amamentação é a melhor forma de alimentar o recém-nascido crescem a cada ano, e as autoridades de saúde recomendam sua prática através de políticas e ações que previnam o desmame precoce, que ocorre muitas vezes por dificuldades e dúvidas enfrentadas pelas mães em relação a eficácia do aleitamento materno (MARTINS, 2013).

As mães portadoras de HIV não podem amamentar, pois há o risco de aproximadamente 14% do bebê se contaminar com o leite materno, essa probabilidade aumenta quanto mais recente for a infecção (VINHAS et al., 2006).

Durante o aleitamento materno, a transmissão do vírus pode ocorrer em qualquer fase, porém a mais frequente ocorre nas primeiras semanas e, nas infecções maternas mais recentes. O HIV é excretado livre ou no interior de células no leite de mulheres infectadas, manifestando ou não sinais da doença, considerando a carga viral do leite materno como um importante determinante no risco de transmissão. No recém-nascido, a forma de penetração do vírus são as mucosas nasofaríngea e gastrintestinal (LAMOUNIER et al., 2004).

Diante disso está definitivamente contraindicado o aleitamento cruzado que é a amamentação da criança por outra nutriz, a alimentação mista, sendo o leite humano e a fórmula infantil e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar, contudo, em situações especiais, como recém-nascido pré-termo ou de baixo peso, pode ser utilizado leite humano pasteurizado aquecido a 62,5°C por 30 minutos, seguido por resfriamento rápido, proveniente de Banco de Leite credenciado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Logo após o nascimento de uma criança, a mama da mulher por meio da prolactina, começa a produzir o leite materno, este se não for retirado em quantidade

suficiente, as mamas podem ficar ingurgitadas, provocando dor, desconforto e até febre em algumas mulheres. Visando impedir as intercorrências mamárias, o Ministério da Saúde recomenda-se inibir a lactação através do enfaixamento das mamas com ataduras ou comprimindo-as com um top e evitando o início da lactação pela estimulação. Esta conduta deve ser mantida num período de dez dias. Pelas dificuldades enfrentadas pela mulher, após a alta hospitalar, é recomendável que se associe a essa medida, a inibição farmacológica da lactação com 02 comprimidos de cabergolina 0,5 mg por via oral imediatamente após o parto (BRASIL, 2007).

A amamentação é um momento extraordinário na relação afetiva entre a mãe e a criança, para se adquirir a intimidade, o carinho, a segurança do bebê, no entanto a mulher soropositiva impedida de amamentar deve estimular o carinho e a atenção ao seu filho, além de enfrentar uma série de desafios, como a possibilidade do bebê nascer contaminado. Os enfermeiros ao prestarem assistência no aspecto preventivo devem atentar à necessidade da saúde de cada gestante relacionados ao apoio emocional e psicológico que envolve a mulher no seu convívio social e familiar. Os profissionais de enfermagem desfrutam de uma posição privilegiada, visando educar as pessoas sobre as formas de reduzir o risco de transmissão do HIV. Os enfermeiros são compreendidos como fontes confiáveis de informação sobre saúde e, rotineiramente as pessoas se sentem bastante à vontade para expor suas particulares íntimas (VINHAS et al., 2006).

O significado de mães HIV positivas não amamentarem, constitui motivo de conflitos interiores para a mãe e implica na reestruturação da relação mãe-bebê. Ainda observa que a incorporação da importância da amamentação pela sociedade desencadeia questionamentos frequentes às mães se elas estão amamentando, gerando situações de constrangimento e discriminação (SANTOS; BISPO JÚNIOR, 2011).

A tristeza constitui-se uma resposta humana às situações de perda, derrota, desapontamento dentre outras adversidades. A mulher reage sentindo-se mal, desconfortável, triste e chorosa. Diante dos distintos sentimentos vivenciados pelas puérperas portadoras do HIV perante a impossibilidade de amamentar, cercados de elementos sociais e culturais, percebe-se o forte impacto que esta realidade denota em suas vidas e em sua saúde. Para que essa situação seja enfrentada, juntamente com os sentimentos provocados, é importante que a mulher sinta-se segura, encontrando apoio em sua família, amigos e profissionais de saúde. Estes, precisam compreender o universo emocional e cultural desta mulher, para assim aproximarem-se da sua

realidade, adequando suas orientações e cuidados durante o pré-natal, parto e puerpério, com a finalidade de serem mais eficazes (BATISTA; SILVA, 2007).

3.7 O IMPACTO FÍSICO E EMOCIONAL DA NÃO AMAMENTAÇÃO SOBRE O RECÉM-NASCIDO

A amamentação natural da mãe infectada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ao filho é fator de risco para a transmissão do vírus, assim recomenda-se a exclusão a amamentação natural. O fato de não amamentar ao seio pode dificultar a comunicação do binômio mãe-filho, comprometendo o contato e a comunicação, devido ao medo de transmissão da doença (VASCONCELOS et al., 2012).

Apesar dos bebês nascerem em boas condições, como são excluídos do aleitamento materno, os neonatos ficam expostos a outros problemas inerentes a essa faixa etária, como infecções generalizadas decorrentes da baixa imunidade, tornando-se indispensáveis o acompanhamento clínico e as orientações para a saúde referentes à higiene e à alimentação da criança. Embora seja de grande eficácia a fim de precaver a transmissão da infecção pelo HIV, os antirretrovirais (ARVs) podem ocasionar efeitos indesejáveis aos recém-nascidos, sejam os usados pela mãe, por serem transferidos pela placenta, ou aqueles usados pela própria criança. Outras condições já sugeridas como consequência da exposição aos ARVs, porém, ainda não confirmadas, são prematuridade, resistência à insulina, malformações e síndrome da morte súbita. No entanto, os benefícios do uso dessas drogas superam os riscos já relatados na literatura médica (BRASIL, 2013).

Antes de completar um ano de vida, as crianças infectadas manifestam alguns sintomas similares aos dos adultos, incluindo a linfadenopatia, a hepatoesplenomegalia, a diarreia crônica, a pneumonite intersticial e a estomatite persistente, deficiência no crescimento e atraso no desenvolvimento, infecções bacterianas graves recorrentes e, ocasionalmente, aumento das glândulas parótidas (VERÍSSIMO et al., 2012).

Todo bebê nascido de uma mãe soropositivo terá anticorpos HIV ao nascer, no entanto, os recém-nascidos não infectados perdem o anticorpo materno entre os primeiros oito a quinze meses de vida. Tipicamente, o bebê infectado por HIV é

assintomático ao nascer e não expõe sinais físicos evidentes. Porém, com a ocorrência de uma infecção oportunista (causada por um organismo que geralmente não provoca a doença) o neonato pode alertar o cuidador sobre a presença da infecção HIV, ou auxiliar na confirmação do diagnóstico. A idade média do início das infecções oportunistas, advém em torno dos três meses aos seis meses de vida (VERÍSSIMO et al., 2012).

Os testes sorológicos rotineiros para detecção de anticorpos não auxiliam no diagnóstico da criança antes dos 18 meses de idade, pois, durante a gestação, advém a transferência dos anticorpos maternos IgG contra o HIV para o feto. Esses anticorpos são detectados por meio de ensaio imunoenzimático (ELISA) a partir do nascimento em todos os recém-nascidos. Em 50% das crianças não infectadas pelo HIV eles desaparecem até 12 meses e em 100% delas até 18 meses de idade pós-natal (BRASIL, 2013).

3.8 IMPACTO FÍSICO

Todo bebê advindo de uma mãe soropositivo terá anticorpos HIV ao nascer, no entanto, os recém-nascidos não infectados perdem os anticorpos maternos entre os primeiros oito a quinze meses de vida. Geralmente, o bebê infectado por HIV é assintomático ao nascer e não apresenta sinais físicos evidentes. Entretanto, a ocorrência de uma infecção oportunista no neonato pode alertar o cuidador sobre a presença da infecção, ou auxiliar na confirmação do diagnóstico do HIV. As infecções oportunistas são ocasionadas por um organismo que geralmente não provocam a doença, e iniciam-se em torno dos três aos seis meses de idade (VERÍSSIMO, 2012).

Há muitas questões a serem esclarecidas com relação a transmissão do HIV via leite materno. Em um estudo realizado em Durbin na África do Sul, que por ser um país em desenvolvimento e seus recursos limitados, mostrou que filhos de mães com HIV positivas amamentados exclusivamente tinham um risco diminuído de contrair o vírus aos 3 meses de idade (14%) quando comparadas com crianças amamentadas parcialmente (24%). Os autores sugerem que a alimentação artificial pode causar dano a mucosa gastrointestinal, ou resposta alérgica, facilitando a penetração do vírus. O índice de transmissão entre as crianças alimentadas com fórmula infantil foi de 19%. Apesar desses resultados encorajadores, a comunidade científica tem alertado para a necessidade de novos estudos para confirmar esses achados (GIUGLIANI, 2000).

Os prováveis efeitos protetores do leite materno contra a infecção pelo vírus HIV na criança, seriam a manutenção da integridade da barreira da mucosa intestinal, com promoção de microflora intestinal protetora, aumentando a resistência contra infecções e a modulação da resposta imunológica da criança (PAIM et al., 2008).

Com base num estudo de caso-controle, realizado em Pelotas (RS), mostrou que as chances de morrer eram bem maiores em crianças que receberam outro tipo de leite. A probabilidade de morrer no primeiro ano de vida, por diarreia, foi 14 vezes maior em crianças não amamentadas e 3,6 vezes maior em crianças com aleitamento misto, quando comparadas com crianças amamentadas exclusivamente. Outro estudo delineou o efeito do uso de leite artificial nas taxas de internação por pneumonia, sendo que as crianças não amamentadas nos primeiros 3 meses, a chance de hospitalização foi 61 vezes maior do que em crianças amamentadas exclusivamente (GIUGLIANI, 2000).

Em decorrência da imaturidade do bebê, este pode apresentar dificuldade na sucção, apresentando algum problema para acomodar o leite na boca, regurgitando-o e até mesmo engasgando. Todavia durante o aleitamento artificial, a mãe deve olhar atenta ao bebê, para direcionar corretamente a colher de leite para a boca do recém-nascido, no intuito de evitar acidentes, como apontar a colher fora da boca, além de oferecer uma quantidade adequada à capacidade do bebê engolir (VASCONCELOS et al., 2012).

As mães tem um duplo papel a desempenhar como o de portadora do vírus e o de cuidadora, seja de seus companheiros, quando adoecem, ou dos filhos. A infecção pelo HIV também afeta a qualidade de vida da família e o bem-estar das crianças, podendo contribuir para aguçar os conflitos já existentes entre o casal e as preocupações em relação a educação e ao futuro dos filhos. Com relação a isso, a interação entre pais portadores do HIV e seus filhos não-portadores parece ser afetada pela infecção dos pais. Um estudo realizado com 12 mães norte-americanas encontrou o dado de que, mesmo sabendo sobre as vias de transmissão, as mães tinham medo de infectar seus filhos através de contato casual, desenvolvendo até uma obsessão por limpeza (GONÇALVES; PICCININI, 2007).

3.9 IMPACTO EMOCIONAL

As primeiras relações entre mãe e bebê são de suma importância para o desenvolvimento infantil. Contudo a gestação marca um dos mais importantes

momentos de mudança para a maternidade e se caracteriza por transformações biológicas e emocionais que auxiliam a mulher a preparar-se para o nascimento do bebê, porém, o modo como a gestação se desenvolve pode influenciar as interações entre mãe e bebê após o nascimento. O processo da maternidade é marcado pelo nascimento do bebê e pela relação que irá se estabelecer entre mãe e filho, que já começa a se delinear desde o período intrauterino. A experiência do parto é um episódio marcante na vida da mulher e imprescindível para o desenvolvimento infantil. (DE FARIA, 2008).

As formas de comunicação que se constituem entre mãe e filho ocorrem num espaço íntimo, aconchegante, com a mãe sustentando o filho nos braços, seja para oferecer aleitamento artificial no caso de puérperas portadoras de HIV, ora para acariciá-lo, ou realizar às medidas de higienização, iniciando assim a relação humana, embora possam ficar comprometidas em decorrência do medo da transmissão da doença (VASCONCELOS et al., 2012).

O ser humano, logo em seguida ao nascimento, possui uma tendência inata de estabelecer vínculo com seus cuidadores, a fim de mantê-los próximos, manifestando-se de diversas formas desde as primeiras horas de vida, como, no olhar, no chorar ou gemer da criança, porém essas manifestações tornam-se mais evidentes entre os recém-nascidos verticalmente expostos ao HIV. Como a criança nascida exposta ao HIV não adere ao seio materno, esses fatores parecem compensar esta falta de contato íntimo maternal com outras formas de comunicação (VASCONCELOS et al., 2012).

As crianças que não são amamentadas apresentam um risco maior de não receber atenção satisfatória, sendo necessário que eles sejam aconchegados e consolados de várias maneiras, por meio de massagens, que sejam agasalhadas, seguradas no colo com mais assiduidade e de alguma forma mais protegidas. Outro aspecto indispensável é a orientação da mãe ou cuidador, a cantar e falar para que o recém-nascido escute sua voz, necessitando ainda, dormir com o bebê para manter uma proximidade pele-a-pele (TEIXEIRA, 2009).

Um estudo realizado em Porto Alegre (RS), investigou a experiência da maternidade em 06 mães de nível socioeconômico baixo, portadoras do HIV/AIDS aos três meses de vida da criança. Este projeto de pesquisa avaliou as diferentes formas de comunicação entre mãe e filho na vigência do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). Foi selecionada apenas uma de cada binômio, para fazer parte do estudo, um

procedimento de amamentação natural e outro da artificial. A mãe portadora do HIV sentada em uma poltrona com a criança no colo e oferecia o leite em pequenas doses com colherinha, na poltrona ao lado, outra mãe com sorologia negativa oferecia a mama para o bebê (GIUGLIANI, 2000).

Os bebês nascidos das mães soronegativas aderiram ao seio imediatamente, em mais de 20% o bebê era ativo e o gemido foi observado apenas nestes binômios. O olhar, o choro, o gemido e a adesão ao seio são as formas de comunicação de crianças nas primeiras horas de vida, devido à imaturidade de seus sistemas. Com uma taxa de 95,2% dos bebês nascidos das mães soropositivas, que receberam o aleitamento artificial, permaneceram de olhos abertos. Provavelmente, ficar de olhos abertos, é situação necessária para ser alimentado, esta capacidade lhe proporciona desenvolvimento que é o reconhecimento de seus cuidadores com o passar dos dias. Neste estudo observou-se que os bebês das mães soropositivas eram mais ativos que os bebês das mães soronegativas. Embora não vivenciando a amamentação natural, os recém-nascidos de mães HIV positiva manifestaram-se mais atentos que os de mães soronegativas (VASCONCELOS et al., 2010).

Um estudo realizado com uma amostra populacional de famílias norte-americanas, onde exclusivamente os pais eram infectados, os autores perceberam que 48% deles temiam contrair alguma doença oportunista de seus filhos e 36% tinham medo de transmitir o HIV para as crianças, sendo que 28% evitavam totalmente algum tipo de contato físico, como os beijos e o compartilhamento de utensílios domésticos. Deste modo, o receio de transmitir a doença, para alguns pais, é uma forma de defesa contra danos que eles idealizavam já terem causado à criança, ou mesmo o temor de que a criança viesse repetir seus erros (GONÇALVES; PICCININI, 2007).

Compete ao enfermeiro, no acompanhamento desse binômio mãe-filho, identificar qualquer dificuldade apresentada pela mãe para interagir com seu filho verticalmente exposto, de forma que as medidas estabelecidas para redução do risco de transmissão vertical sejam seguidas, e, no entanto, contribuir para comunicação do elo afetivo da mãe com seu bebê. Diante disso, é preciso utilizar instrumentos que auxiliem na identificação de sinais comunicativos que indiquem como o processo e o tipo de relacionamento entre mãe e filho estão sendo desenvolvidos para que sirvam de base para intervenção de enfermagem cujo resultado esperado seja um relacionamento mãe e

filho satisfatório, considerando as particularidades de cada binômio, como é o caso de mães HIV positivas (VASCONCELOS et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil nos dias atuais, ainda há dificuldades na identificação de gestantes portadoras da infecção pelo HIV durante o pré-natal, onde muitas chegam ao parto sem conhecerem sua situação sorológica. As políticas públicas foram implementadas em 1997, visando a prevenção da transmissão vertical, sendo consideradas tardias, visto que várias crianças foram contaminadas por meio dessa forma de transmissão.

A assistência pré-natal é considerada prioridade em saúde pública e tem por objetivo diminuir a morbimortalidade materno e infantil, caracterizado pelo desenvolvimento de ações preventivas, educativas, identificando situações de risco para gestantes e fetos, permitindo intervenções adequadas e precoces, contribuindo assim para melhoria das estratégias de prevenção da transmissão vertical do HIV, envolvendo o pré-natal, parto e o puerpério, orientando a gestante quanto aos cuidados e a alimentação artificial do bebê. Essas medidas profiláticas se forem seguidas corretamente reduzem a taxa de transmissão vertical que chega a menos de 2%.

A alimentação do bebê é um fator importante e deve ser discutida ainda no pré-natal, almejando a compreensão e aceitação da gestante em optar por não amamentar, analisando seus riscos e benefícios. Os possíveis efeitos protetores do leite materno contra a infecção pelo vírus na criança, seriam a manutenção da integridade da barreira da mucosa intestinal, com promoção de microflora intestinal protetora, aumentando a resistência contra infecções e da resposta imunológica da criança. Porém, a recomendação sobre o uso de alimentos substitutos quando aceitável, viável, acessível, sustentável e seguro, é o método mais garantido, visto que as taxas de transmissão do

HIV são marcadamente mais baixas nas crianças alimentadas com fórmula exclusiva em comparação com crianças em aleitamento exclusivo ou aleitamento misto.

As mulheres diante da impossibilidade de amamentar são dominadas pelo impacto do diagnóstico, o preconceito e a discriminação da sociedade e da família, necessitando de apoio. Sendo assim as intervenções psicológicas podem contribuir de modo que ansiedades sejam suavizadas e que as mães possam propiciar e desfrutar de uma relação mãe-bebê afetiva e saudável, gerando um impacto positivo sobre o desenvolvimento infantil.

Com base nos estudos analisados, conclui-se que os bebês nascidos de mães soropositivas ao HIV, buscam compensar a falta da amamentação no seio materno, apresentando um olhar mais atento durante a amamentação artificial. A falta de sucção, o choro e o gemido, se tornam mais evidentes, pois a criança sempre busca constituir vínculo, cabendo a mãe estar atenta aos sinais precoces da criança, que nem sempre estão relacionados a necessidades fisiológicas e sim a necessidade de conforto e proteção.

Sabe-se que o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementar até os 2 anos é o melhor e mais completo alimento para o bebê, sendo imensuráveis seus benefícios. As mães com HIV positivo são impossibilitadas de amamentar devido ao risco de transmissão vertical conforme recomendação do Ministério da Saúde.

É importante ressaltar o vital papel do enfermeiro junto a gestante/puérpera sobre as orientações durante todo o pré-natal, parto e puerpério relacionado ao não aleitamento materno e a compensação da falta do contato íntimo maternal com a adoção de outras formas de comunicação, como uma relação de acolhimento e amor no decorrer da vida, visando suprir a não amamentação, fazendo com que o impacto emocional e físico sejam amenizados superando esta imensa perda que é a não amamentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLAH, V. O. S. et al. Amamentar: relato de uma experiência. **Em Extensão**, Uberlândia, v. 6, n. 1, p. 92-96, s.m. 2008.

ARAÚJO, M. A. L. et al. Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade-DOI: 10.4025/cienccuidsaude. v 7i2. 5005. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 216-223, abr./jun. 2008.

ARAÚJO, M. F. M. et al. A prevalência de diarreia em crianças não amamentadas ou com amamentação por tempo inferior a seis meses. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 76-84, jan./mar. 2008.

BARROSO, L. M. M. et al. Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV/aids. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste- Rev Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p.155-164, out./dez. 2012.

BATISTA, C. B.; SILVA, L. R. da. Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 268-75, jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Projeto Nascer**. Brasília: Programa Nacional de DST/Aids. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco, Manual Técnico**, Brasília, Editora MS, 5ª edição, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido. **Guia para os Profissionais de Saúde, Intervenções Comuns, Icterícia e Infecções**, Brasília, Editora MS, 2ª Edição, Volume 2, 2013.

CUNHA, G. H. da; GALVÃO, M. T. G. Inserção de crianças nascidas de mães com HIV/aids nos programas de suplementação alimentar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p.71-77, abr. 2007.

DE BRITO, A.; DE CASTILHO, A.; SZWARCOWALD, C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar./abr. 2000.

FEBRASGO. Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação Gestação de Alto Risco, 2011**. Comissões Nacionais Especializadas. Ginecologia e Obstetrícia. Gestação de Alto Risco. Disponível em: <http://www.febbrasgo.org.br>. Acesso em: 15 abr. 2014.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de pediatria**. UFRGS, Rio Grande do Sul, v. 76, supl. 3, p. s238-s252, dez. 2000.

GONÇALVES, T. R.; PICCININI, C. A. Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/Aids. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 113-142, set. 2007.

GONÇALVES, T. R.; PICCININI, C. A. Experiência da maternidade no contexto do HIV/Aids aos três meses de vida do bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 459-470, out./dez. 2008.

LAMOUNIER, J. A.; MOULIN, Z. S.; XAVIER, C. C. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. **Jornal de Pediatria**, UFMG, Belo Horizonte, v. 80, n. 5, p. 181-188, 2004.

MARTINS, M. Z. Benefícios da amamentação para saúde materna. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, Aracaju, v. 1, n. 3, p. 87-97, jun. 2013.

MORENO, C. C. G. S.; REA, M. F.; FILIPE, E. V. Mães HIV positivo e a não-amamentação. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 6, n. 2, p. 199-208, abr./jun. 2006.

PAIM, B. S.; SILVA, A. C. P.; LABREA, M. da G. A. Amamentação e HIV/AIDS: uma revisão. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 68-74, jan./jun. 2008.

SANTOS, S. F. F. dos; BISPO JÚNIOR, J. P. Desejo de maternidade entre mulheres com HIV/aids. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 34, n. 2, p. 299-310, abr./jun. 2011.

SANTOS, R. C. S. dos; SOUZA, M. J. A. de. HIV na gestação. **Estação Científica UNIFAP**, Macapá, v. 2, n. 2, p. 11-24, jul./dez. 2014.

TEIXEIRA, M. A. **Soropositividade de mulheres para os vírus HIV e HTLV: significados do contágio do leite materno**. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.

VASCONCELOS, S. G. et al. Comunicação mãe-filho durante amamentação natural e artificial na era AIDS. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 11, n. 4, p. 103-109, out./dez. 2012.

VAZ, M. J. R.; BARROS, S. M. O. de. Redução da transmissão vertical do HIV: desafio para a assistência de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 41-46, abr. 2000.

VERISSIMO DE OLIVEIRA, M. I. et al. Puérperas com vírus humano da imunodeficiência positivo (HIV+) e as condições de nascimento de seus recém-nascidos. **Enfermería Global**, Fortaleza, n. 28, p. 439-452, out. 2012.

VINHAS, D. C. S. et al. Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 16-24, 2006.